



AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES WWW.AOK-PRESSE.DE

06/21

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview: Versorgungs-Report „Klima und Gesundheit“

- **Klimawandel wird zu einem Gesundheitsrisiko** 2

Pfelerereform

- **Unzureichende Antwort auf die eigentlichen Herausforderungen** 4

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 1. Quartal 2021

- **Rücklagen-Abführung an den Gesundheitsfonds** 6

ams-Stichwort: Krebsregisterdatengesetz

- **Nutzen und Umsetzbarkeit klar belegen** 7

EU-Ticker

- **Schärfere EU-Regeln für Medizinprodukte** 9

Zahl des Monats

- **458.000 Patientinnen und Patienten...** 12

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 13

- **Gesetzgebungskalender** 14

- **Kurzmeldungen** 17



ams-Interview: Versorgungs-Report „Klima und Gesundheit“

Klimawandel wird zu einem Gesundheitsrisiko

11.06.21 (ams). Stress, heftige allergische Reaktionen, mehr Hitzetote und neue Viruserkrankungen – der Klimawandel wirkt sich auch auf unsere Gesundheit aus, erklärt Alexandra Schneider, Expertin am Institut für Epidemiologie/Helmholtz Zentrum München, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Schneider ist Mitherausgeberin des Reports, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und der AOK- Bundesverband am 8. Juni veröffentlicht haben.



Prof. Dr. Alexandra Schneider ist Epidemiologin am Helmholtz Zentrum München und Mitherausgeberin des Versorgungs-Reports.

Wo spüren wir den Klimawandel in Deutschland ganz konkret?

Schneider: Wir erleben immer häufiger extreme Wetterereignisse, wie orkanartige Windböen, Starkregen, schwere Gewitter, intensive Hitzeperioden, anhaltende Dürren oder Waldbrände. Aber es gibt auch schleichende Veränderungen hierzulande, wie weniger Frost und Schnee im Winter. Auch abrupte Temperaturschwankungen nehmen zu und werden intensiver.

Wie wirkt sich das auf unsere Gesundheit aus?

Schneider: Auf höhere Durchschnittstemperaturen kann sich der Mensch einstellen. Extreme Wetterereignisse können jedoch die Atmung, das Herz-Kreislaufsystem und die Psyche beeinflussen. So machen beispielsweise Hitzewellen vor allem Älteren und Menschen mit Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen zu schaffen. Der „Lancet Countdown“, ein internationales Forschungsprojekt, zählte für 2018 insgesamt 20.200 hitzebedingte Todesfälle von über 65-Jährigen in Deutschland. Damit liegen wir weltweit auf Platz drei, hinter China mit 62.000 und Indien mit 31.000 Todesfällen. Hitzewellen werden in Zentraleuropa voraussichtlich noch häufiger und intensiver auftreten. Bis zum Ende dieses Jahrhunderts sagen Forscher jährlich fünf zusätzliche Hitzewellen in Norddeutschland und bis zu 30 zusätzliche Hitzewellen in Süddeutschland vorher.

Müssen wir in Deutschland auf absehbare Zeit mit tropischen Viruserkrankungen rechnen?

Schneider: Die Gefahr steigt jedenfalls. Wegen der zunehmenden Erwärmung können sich die Überträger von Infektionskrankheiten immer weiter ausbreiten. Inzwischen erkranken Menschen auch in Deutschland an Dengue-Fieber, Zika oder infizieren sich mit dem West-Nil-Virus.

Und Allergien?

Schneider: Auch die werden durch die steigenden Temperaturen beeinflusst. Die Pollenflugsaison dauert länger und die Pollenmenge steigt. Das wiederum verstärkt Asthma und allergische Reaktionen.

Wenn die Temperaturen steigen, nehmen dann Grippewellen ab?

Schneider: Grippeviren sind saisonale Viren und werden bei sommerlichen Temperaturen inaktiv, sodass sich weniger Menschen anstecken. Da der Klimawandel aber nicht nur zu



höheren Temperaturen führt, sondern auch zu stärkeren und kurzfristigeren Temperaturschwankungen, wird es nach wie vor noch Phasen geben, in denen die Temperatur fällt und die Viren weiterhin übertragen werden. Bei den großen Grippewellen und Pandemien spielen jedoch andere Faktoren wie unzureichende Hygiene, Bevölkerungsdichte und Reisegeschehen eine weit größere Rolle.

Stichwort Pandemie – wie reagieren Corona-Viren darauf?

Schneider: Beim Sars-Cov-2 ist die Temperaturabhängigkeit nicht so stark. Hier ist die Evidenz aber noch nicht hundertprozentig klar. Wir versuchen derzeit, die Ergebnisse von Studien weltweit zusammenzutragen.

Welche Rolle spielt die Luftverschmutzung?

Schneider: Luftverschmutzung und Klimawandel sind eng miteinander verknüpft. Kohlendioxid gilt als Hauptursache für den globalen Temperaturanstieg und wärmeres Klima beeinflusst umgekehrt die Luftqualität. Bei vielen regulatorischen Abläufen im Körper gibt es Parallelen zwischen den Einflüssen der beiden Umweltfaktoren. Während des Hitzesommers 2003 gab es klare Hinweise darauf, dass die erhöhte Sterblichkeit zumindest teilweise auf schlechte Luftqualität zurückzuführen war. Im Nachgang dieses Sommers wurde in dem europaweiten Projekt „EuroHEAT“ die synergistische Wirkung – das meint einen gemeinsamen Effekt, der größer ist als die Summe der Einzeleffekte – von Hitzewellen und Luftschadstoffen auf die tägliche Sterblichkeit in neun europäischen Städten untersucht. Ergebnis: Das Sterberisiko, besonders für ältere Menschen, wurde durch Hitze und durch gleichzeitig erhöhte Ozon- sowie Feinstaubkonzentration verstärkt.

Welche Schlussfolgerungen, Ratschläge oder Forderungen leiten Sie daraus ab?

Schneider: Die vielen direkten und indirekten gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels verlangen ein umfassendes und sektorenübergreifendes Konzept. Darin sollten Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung auf breiter gesellschaftlicher Ebene sowie auf der Verhaltensebene jedes Einzelnen integriert werden. Konkret meine ich beispielsweise zu radeln, zu laufen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen statt Auto zu fahren. Das verschmutzt die Luft weniger und zugleich bewegt man sich so mehr, was ja gesund ist. Verschiedene Studien haben bereits gezeigt, dass sich der Wechsel vom Autositz auf den Sattel lohnt, weil Bewegung gut für die Lungenfunktion oder das Herzkreislauf-System ist. Werden also öffentlicher Nahverkehr und Radwege ausgebaut, wird zugleich auch der Einzelne in seinem Verhalten unterstützt.

DER VERSORGUNGS-REPORT „KLIMA UND GESUNDHEIT“:

www.wido.de

> Buchreihen > Versorgungs-Report > Klima und Gesundheit





Pflegereform

Unzureichende Antwort auf die eigentlichen Herausforderungen

25.06.21 (ams). Schon bald nach der Bundestagswahl im Herbst und der Bildung der neuen Bundesregierung wird sich die Politik erneut mit der Reform der Pflegeversicherung beschäftigen müssen. Davon jedenfalls geht AOK-Pflegeexpertin Nadine-Michèle Szezan fest aus. Die Reform folge keinem tragfähigen Gesamtkonzept für eine ganzheitliche, strukturbildende Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). „Vielmehr verfolgt die Regierungskoalition das Ziel, kurz vor der Bundestagswahl mit reinen Finanzierungslösungen noch eine Antwort auf einzelne Problemlagen der Pflegeversicherung zu geben“, kritisiert die Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband. Dabei bleibe sie Antworten auf eine zukunftsfeste Pflegeversicherung und eine nachhaltige Finanzierung schuldig.

Nach langem Streit in der Koalition selbst und trotz heftiger Kritik von nahezu allen relevanten Seiten hat der Bundestag mit den Stimmen von Union und SPD die umstrittene Pflegereform noch kurz vor Ende der Legislaturperiode verabschiedet. Vorgesehen sind in erster Linie eine bessere Bezahlung des Personals und die stufenweise Entlastung der Pflegebedürftigen bei den Eigenanteilen. So sollen ab September 2022 Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die ihren Pflegekräften einen Lohn zahlen, der in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist. Die Eigenanteile werden ab dem zweiten Jahr um 25 Prozent, nach zwei Jahren um die Hälfte und nach dem dritten Jahr um 75 Prozent gekappt. Zur Gegenfinanzierung ist ein jährlicher Steuerzuschuss zur SPV von einer Milliarde Euro sowie die Anhebung des Versicherungsbeitrags für Kinderlose um 0,1 Punkte geplant.

Das zusätzliche Geld fließt aus falscher Motivation

Die Pflegekassen warnten dennoch bereits im Vorfeld der Entscheidung vor einer massiven Finanzierungslücke. Der vorgesehene Bundeszuschuss falle zu gering aus, befand auch der AOK-Bundesverband. In seinem Positionspapier vom März 2021 hatte dessen Aufsichtsrat bereits mindestens 3,2 Milliarden Euro jährlich veranschlagt. Zudem erfolge die Zahlung des Zuschusses und die Erhöhung des Beitragssatzes für Kinderlose aus der falschen Motivation heraus, moniert Szezan. „Der Politik geht es nur darum den Beitragssatz insgesamt stabil zu halten. Nichts von dem zusätzlichen Geld ist für die Finanzierung besserer Pflegeleistungen vorgesehen.“

Mittel- und langfristig lägen die Herausforderungen der Pflege in ganz anderen Bereichen. „Pflege muss die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf berücksichtigen“, erläutert die Pflegeexpertin und umreißt wichtige Reformansätze für die nächste Bundesregierung. Angesichts des auf Sicht nur sehr schwer zu behebenden Personalmangels müssten pflegende Angehörige vielmehr Unterstützung erfahren. Dabei gehe es aber eben nicht nur finan-



zielle Belastungsfaktoren, sondern genauso um die körperlichen, geistigen und zeitlichen Ressourcen, mahnt Szepan. „Pflegerische Angehörige müssen von professionellen Pflegefachkräften in ihren Pflegekompetenzen gestärkt und für die Übernahme pflegerischer Aufgaben geschult werden. Hier wäre das zusätzliche Geld viel sinnvoller investiert.“ Ziel der Weiterentwicklung müsse sein, endlich die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu überwinden. Pflegebedürftige Menschen bräuchten größtmögliche Flexibilität bei der Gestaltung ihres Pflegeumfelds, um individuelle Versorgungslösungen zu schaffen. „Dazu gehört die Inanspruchnahme besonders förderungswürdige Leistungen künftig vollständig über die Pflegeversicherung zu finanzieren.“

Eine Frage der Gerechtigkeit und sozialen Verantwortung

Die bloße Deckelung der Eigenanteile hält Szepan für gesellschaftspolitisch falsch und für finanzpolitisch gefährlich. „Die Deckelung würde für die Pflegeversicherung mittelfristig zusätzliche Ausgaben in zweistelliger Milliardenhöhe auslösen“, prognostiziert sie. Damit müssten erstmals in größerem Umfang Kernleistungen der Pflegeversicherung regelhaft aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Pflege sei außerdem eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Das heißt auch, dass alle Bürgerinnen und Bürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit ihren Beitrag einbringen. Mit der Deckelung der Eigenanteile wird aber gerade das Gegenteil erreicht.“ Der ökonomisch leistungsfähige Teil der Gesellschaft würde so aus der finanziellen Verantwortung für das eigene Leben im Alter weitgehend entlassen. Gleichzeitig würden künftige Generationen zusätzlich mit dem Ausgleich der Mehrkosten der Pflege reform finanziell belastet.

Die AOK-Expertin vermag aber auch positive Ansätze zu erkennen. Als Beispiel nennt sie die Pläne zum Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit in Medizin und Pflege. Hier habe die Bundesregierung nach einem Jahrzehnt fehlenden politischen Willens Mut bewiesen. Ebenso gebe die Reform erste verbindliche Schritte zur Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes vor. Der Weg dorthin sei jedoch insgesamt noch nicht transparent genug und nachvollziehbar. Auch die Absicht Pflegekräfte angemessen nach Tarif beziehungsweise tarifähnlich zu bezahlen findet Szepans Unterstützung. Dass aber die Pflegekassen dazu verpflichtet werden, die Tariftreue ihre Vertragspartner zu kontrollieren und zu überprüfen, lehnt Szepan ab. „Pflegekassen sind nicht die Tarifpolizei!“

POSITIONSPAPIER DER AOK-GEMEINSCHAFT VOM MÄRZ 2021

www.aok-bv.de
> Positionen



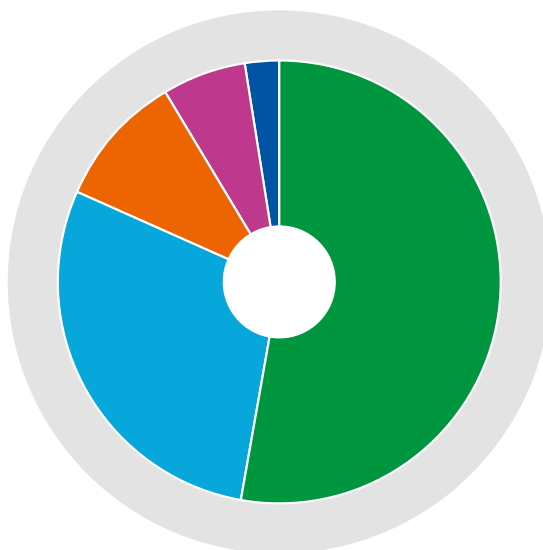


GKV-Finanzergebnisse: Rücklagen-Abführung an den Gesundheitsfonds

ams-Politik 06/21

1. Quartal 2021

- AOK-Gemeinschaft | 1.054 Mio €
- Ersatzkassen | 573 Mio €
- Betriebskrankenkassen | 196 Mio €
- Innungskrankenkassen | 120 Mio €
- Knappschaft Bahn See | 49 Mio €



Quelle: Quelle: BMG, KV-45-Zahlen;
Grafik: AOK-Mediendienst

Paragraf 272 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) formuliert „Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021“. Demnach müssen die Krankenkassen 2021 insgesamt acht Milliarden Euro ihrer aus den Beiträgen der Mitglieder und der Arbeitgeber erwirtschafteten Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abführen. Bereits die Finanzergebnisse für das erste Quartal 2021 zeigen, dass die AOK-Gemeinschaft von dieser Regelung überproportional betroffen ist. Die elf AOKs mussten in den ersten drei Monaten mehr an den Gesundheitsfonds zahlen als alle übrigen 92 Kassen zusammen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



ams-Stichwort: Krebsregisterdatengesetz

Nutzen und Umsetzbarkeit klar belegen

25.06.21 (ams) Fachverbände begrüßen das vom Bundestag jüngst verabschiedete „Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten“. Sie sehen darin besonders einen Fortschritt für Versorgung und Forschung. Allerdings regen sie einzelne Änderungen an, wie aus schriftlichen Stellungnahmen hervorgeht. „Das Gesetz ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber man hätte weiter springen können“, sagt etwa Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung und Rehabilitation beim AOK-Bundesverband.

Ziel des Gesetzes ist es, in einem zweistufigen Prozess klinische und epidemiologische Daten aus den Krebsregistern der Länder zusammenzuführen, um Krankheitsprozesse besser zu verstehen, die Versorgung von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten zu verbessern und die Forschung in der Onkologie signifikant zu stärken. Das Gesetz soll voraussichtlich im Juli 2021 in Kraft treten. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRK).

Wichtige Fragen wie etwa die der Nutzenbewertung oder der systematischen Erfassung von Nebenwirkungen, werden aus Sicht des AOK-Bundesverbandes jedoch nicht thematisiert. „Der Gesetzgeber ist an dieser Stelle nicht mutig genug“, kritisiert Malzahn. Die Datensätze enthielten nicht alle Informationen, die für die Qualitäts- und Risikoanalyse notwendig seien, beispielsweise Angaben zu genetischen Markern. „Zudem wurde die Verbindung zu drängenden Fragen der Qualitätssicherung nicht ausreichend geknüpft“, moniert der AOK-Experte. Malzahn wünscht sich „eine Datengrundlage, die auch die Patientensicherheit bedient“. Die kommt seiner Ansicht nach zu kurz. „So werden beispielsweise keine Nebendiagnosen wie etwa Diabetes erfasst.“ Die seien aber relevant, um etwa über Arzneimittelwirkungen Aussagen treffen zu können. „Überhaupt“, so Malzahn weiter, „muss doch der Sinn eines bundesweiten Registers sein, aus Patientensicht die Fragen der Fragen beantworten zu können, worin sich Versorgung unterscheidet und ob es sich lohnt, 15 Kilometer weiter in die Klinik zu fahren.“

Positive Reaktionen auch bei GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband hält das Gesetz für zielführend, hätte sich aber an einigen Stellen Nachbesserungen gewünscht. So seien etwa ergänzende Informationen wie Studienprotokolle, statistische Analysepläne oder Finanzierung freiwillig, heißt es in der Stellungnahme zur Anhörung im Gesundheitsausschuss Anfang Mai. Im Zweifel würden sie nicht bereitgestellt, „wenngleich ein nicht bedeutender Mehraufwand für den Antragsteller einem hohen wissenschaftlichen und öffentlichen Interesse entgegensteht“. Der Verband forderte daher, auch abgelehnte Anträge zu verzeichnen.

Darüber hinaus bedeuten die meisten Regelungen für die Krankenkassen laut GKV-Spitzenverband eine deutliche Kostensteigerung. Daher sollten Nutzen, Zweckmäßigkeit und flächendeckende Umsetzbarkeit klar belegt sein. Die GKV begrüßt grundsätzlich, eine Lösung für



den vorgesehenen Krebsregisterabgleich zu finden. Allerdings bezweifelt sie, dass die geplanten Regelungen geeignet seien, den Abgleich flächendeckend umsetzen zu können.

Der GKV-Spitzenverband kritisiert zudem, dass derzeit noch unklar sei, wie der Datenabgleich mit den Krebsregistern technisch und datenschutzrechtlich umgesetzt werde. Der Verband empfiehlt daher, mit entsprechend angepassten gesetzlichen Regelungen an das etablierte Datenflusskonzept des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) anzuknüpfen, das der GBA in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme verankert hat. Es sieht vor, auch die Krebsregister der Länder einzubinden. Dieses Datenflusskonzept wurde unter Einbeziehung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entwickelt. Einige Krebsregister könnten auf dieser Grundlage einen Abgleich durchführen, sodass zeitnah ein Pilotprojekt möglich wäre.

Nach Überzeugung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kann durch die bessere Datenbasis ein großer Mehrwert für Patienten mit Tumorerkrankungen in der Versorgung entstehen. Sie begrüßt die vorgesehenen Regelungen zum Datenabgleich ausdrücklich. Die bislang geltenden Bestimmungen seien hinderlich, um in allen Bundesländern den vorgesehenen Datenabgleich mit den Krebsregisterdaten umzusetzen, heißt es in der Stellungnahme. Die niedergelassenen Ärzte regen jedoch an, mit Blick auf eine mögliche Verschränkung der weiteren Ausbaustufen die elektronische Patientenakte in den Blick zu nehmen.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bewertet das Gesetz weitgehend positiv, weist aber darauf hin, dass durch das Zusammenführen der Daten und die dafür notwendige Datenqualität ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand entstehe, „den es anzuerkennen und zu refinanzieren gilt“.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/29887





EU-Ticker

Schärfere EU-Regeln für Medizinprodukte

25.06.21 (ams). In der Europäischen Union gelten seit dem 26. Mai strengere Regeln für die Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten. Nach vier Jahren Übergangsfrist ist die bereits im Mai 2017 verkündete neue EU-Medizinprodukteverordnung endgültig in Kraft getreten. Aufgrund der Pandemie hatte die EU-Kommission die eigentlich dreijährige Umsetzungsphase um ein Jahr verlängert, um die akute Versorgung mit wichtigem Medizinbedarf nicht zu gefährden. Von der neuen Verordnung sind nach Angaben der Kommission im europäischen Binnenmarkt rund 500.000 Produkte betroffen, vom Heftpflaster bis hin zu Hochrisikoprodukten wie Hüftprothesen, Brustimplantaten oder Herzschrittmachern. Bereits auf dem Markt befindliche Produkte müssen bis 2024 neu zertifiziert werden.

Insbesondere für Hochrisikoprodukte wurden die Regeln für Zulassungsstudien und klinische Bewertungen verschärft. Bei bestimmten Produkten muss eine Expertengruppe auf EU-Ebene der Marktzulassung zustimmen. Zudem unterliegen die Prüfungseinrichtungen (Benannte Stellen) selbst strengeren Vorgaben und Kontrollen. In Deutschland gehören die TÜV-Organisationen und die Dekra zu den Prüfeinrichtungen.

Die Hersteller müssen ab jetzt über den gesamten „Lebenszyklus“ ihrer Produkte Leistungsdaten nachweisen. Die Marktüberwachung wird laut EU-Kommission erweitert und besser koordiniert. Künftig sollen Patienten und Verbraucher Herstellerinformationen und Prüfbescheinigungen über die EU-Datenbank für Medizinprodukte (Eudamed) einsehen können. Die Datenbank wird allerdings frühestens Ende dieses Jahres schrittweise einsatzfähig sein.

[INFOS DER EU-KOMMISSION ZUR MEDIZINPRODUKTEVERORDNUNG](#)

ec.europa.eu
> [Alle Nachrichten](#)



Digitaler Corona-Ausweis erleichtert das Reisen

25.06.21 (ams). Das Europaparlament hat am 8. Juni der Einführung des EU-weiten digitalen Corona-Ausweises abschließend zugestimmt. Damit werden ab dem 1. Juli Reisen in der EU erleichtert. Die Mitgliedstaaten stellen den Ausweis kostenlos aus, und zwar entweder digital oder in Papierform mit QR-Code. Er dient als Nachweis, ob eine Person gegen Corona geimpft wurde, negativ getestet wurde oder nach einer Erkrankung genesen ist. Daneben bleibt der gelbe Impfausweis weiter gültig. „Der gemeinsame EU-weite Rahmen soll sicherstellen, dass die Zertifikate der Mitgliedstaaten gegenseitig anerkannt und überprüft werden können. Außerdem sollen dadurch Betrug und Fälschungen verhindert werden“, so das Europaparlament.

Die Regelung gilt zunächst für zwölf Monate. Der EU-Corona-Ausweis sei aber kein Reisedokument und auch keine Bedingung für Bewegungsfreiheit, stellte das Parlament klar. Die technische EU-Schnittstelle, die es erlaubt, die Ausweise grenzüberschreitend zu überprüfen, ist nach Angaben der EU-Kommission bereits seit Anfang Juni einsatzbereit. Erste Mitglied-



staaten seien bereits angeschlossen, darunter auch Deutschland. In der Bundesrepublik entspricht der neue digitale Impfausweis dem EU-Corona-Ausweis. Der Nachweise kann zum Beispiel über die Corona-Warn-App angezeigt werden.

ABSTIMMUNG IM EUROPAPARLAMENT

www.europarl.europa.eu
> Aktuelles > Presseraum

INFOS DER EU-KOMMISSION ZUM CORONA-AUSWEIS

www.ec.europa.eu
> Leben, Arbeiten und Reisen in der EU > Corona-Krisenreaktion
> Sichere Corona-Impfstoffe für die Menschen in Europa > Digitales COVID-Zertifikat der EU



Mehrheit der Europäer für mehr EU-Krisenkompetenzen

25.06.21 (ams). Die Hälfte der Menschen in der EU ist mit dem Corona-Krisenmanagement der Union unzufrieden. In Deutschland sind es sogar 63 Prozent. Ebenfalls eine Mehrheit (53 Prozent) ist der Meinung, dass die Mitgliedstaaten in der Pandemie nicht solidarisch genug gehandelt haben (Deutschland: 61 Prozent). Als Konsequenz wünscht sich die große Mehrheit der Europäerinnen und Europäer mehr Kompetenzen für die Union, um Krisen wie die Corona-Pandemie künftig besser bewältigen zu können (Deutschland: 65 Prozent). Diese Daten gehen aus der Anfang Juni veröffentlichten Eurobarometer-Umfrage hervor, die im März und April im Auftrag des Europäischen Parlaments durchgeführt wurde.

Auf die Frage, welche Prioritäten die EU aktuell bei der Bekämpfung der Pandemie setzen sollte, nannten knapp 40 Prozent der Befragten einen schnellen Zugang zu sicheren und effektiven Impfstoffen (Deutschland: 43 Prozent). 29 Prozent wünschten sich das Bereitstellen von mehr Geld für die Entwicklung von Covid-19-Behandlungen und Impfstoffen genannt (Deutschland: 30 Prozent).

Gefragt wurde auch, welche politischen Prioritäten das Europaparlament setzen sollte. Hier nannten EU-weit 49 Prozent den Themenbereich „Öffentliches Gesundheitswesen“ – noch vor Maßnahmen gegen Armut und soziale Ausgrenzung (39 Prozent) und Maßnahmen zur Unterstützung der Wirtschaft und Schaffung neuer Arbeitsplätze (39 Prozent). Von den Befragten in Deutschland nannten dagegen 44 Prozent Maßnahmen gegen den Klimawandel als wichtigstes Betätigungsfeld.

Für die Umfrage wurden 26.669 Interviews geführt, davon 1.505 in Deutschland. Die EU-Kommission veröffentlicht seit 1973 im Eurobarometer regelmäßig öffentliche Meinungsumfragen aus allen Mitgliedstaaten der EU. Seit 2007 beteiligt sich das Europaparlament mit eigenen Befragungen.

EUROBAROMETER FÜR DEUTSCHLAND

www.europarl.europa.eu
> Service > Sich Gehör verschaffen > Eurobarometer > Spring Survey





EU-Rahmenabkommen mit der Schweiz vorerst gescheitert

25.06.21 (ams). Der Abbruch der Verhandlungen über ein Rahmenabkommen zwischen der EU und der Schweiz am 26. Mai wirkt sich auch auf das Gesundheitswesen aus. So gilt nach Angaben der EU-Kommission auch die gegenseitige Anerkennung und die damit verbundenen Handelserleichterungen für Medizinprodukte nicht mehr. Der Warenaustausch wird dadurch teurer und aufwändiger. Die Schweiz exportiert nach Darstellung der Kommission 46 Prozent ihrer Medizinprodukte in die EU und importiert 54 Prozent aus der Union. „Das Abkommen über die gegenseitige Anerkennung ist eines der wichtigsten Abkommen zwischen der EU und der Schweiz, das den bilateralen Handel in einer Reihe von Schlüsselbereichen erleichtert“ erläuterte die Kommission. Es sei nicht gelungen, mit der Regierung in Bern vor Inkrafttreten der neuen EU-Medizinprodukteverordnung eine Übergangslösung abzuschließen. Deshalb habe die EU auch die gegenseitige Anerkennung im Medizinproduktebereich nicht verlängert. Seit 2014 hatten beide Seiten über ein „institutionelles Rahmenabkommen“ verhandelt. Dabei ging es vor allem um den Zugang der Alpenrepublik zum EU-Binnenmarkt, die gegenseitige Anerkennung von Vorschriften und gleiche Wettbewerbsbedingungen.

PRESSEINFO DER EU-KOMMISSION

www.ec.europa.eu/germany





Zahl des Monats

458.000 Patientinnen und Patienten ...

25.06.21 (ams) ... in Deutschland wurden 2019 wegen einer raucherspezifischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt. Laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) bedeutet das einen Anstieg von 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. 57 Prozent dieser Behandlungsfälle waren Männer. In 211.300 aller Fälle war Lungen- und Bronchial-, Kehlkopf- oder Luftröhrenkrebs die Ursache. 246.700 Fälle, also mehr als die Hälfte waren auf eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zurückzuführen. Knapp 77.600 Menschen in Deutschland starben 2019 an den Folgen einer Erkrankung, die mit dem Rauchen in Verbindung gebracht wird. 31.000 davon, also rund 40 Prozent, litten an einer COPD.

Das deckt sich auch mit Ergebnissen einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für den „Gesundheitsatlas COPD“. Demnach erkranken in Regionen, wo viel geraucht wird, mehr Menschen an der einer COPD als in anderen Gebieten. Der Bericht des WIdO macht regionale Unterschiede bei der Krankheitshäufigkeit bis auf die Ebene der 401 Kreise und kreisfreien Städte transparent. Im Ländervergleich verzeichnen Baden-Württemberg mit 5,8, Sachsen mit 6,0 und Bayern 6,2 Prozent die niedrigsten Anteile der COPD-Erkrankten. Auf die höchsten Werte kommen Berlin mit 8,6 Prozent, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (8,4 Prozent) und dem Saarland (8,1 Prozent). Der bundesweit niedrigste COPD-Anteil auf kommunaler Ebene findet sich laut der Auswertung mit 4,5 Prozent im baden-württembergischen Kreis Biberach, der höchste mit 12,1 Prozent in der nordrhein-westfälischen Stadt Gelsenkirchen.

DESTATIS

www.destatis.de

> Presse > Pressemitteilungen



GESUNDHEITSATLAS COPD

www.gesundheitsatlas-deutschland.de





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

GBA hält Arzneimittel gegen Volkskrankheiten für gut bewertbar

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat einem Medikament mit dem Wirkstoff Dapagliflozin, das eigentlich zur Behandlung von Diabetes Typ 2 verwendet wird, einen Zusatznutzen bei chronischer Herzinsuffizienz zugeschrieben. „Das belegt, anders als Kritiker gerne behaupten, dass die Nutzenbewertung auch bei chronischen Erkrankungen zu einem aussagekräftigen Urteil führen kann“, sagte Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel. Die chronische Herzinsuffizienz gehöre seit vielen Jahren mit zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Etwas über zwei Millionen Menschen seien wegen ihr in Behandlung, so Hecken. Der GBA traf insgesamt 15 Beschlüsse zum Zusatznutzen von neuen Arzneimitteln. Bei zwölf davon handelte es sich um sogenannte Orphan Drugs, Medikamenten gegen seltene Krankheiten.

Antragsteller senden über 120 Ideenskizzen an Innovationsfonds

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) hat auf seine Förderbekanntmachung insgesamt 123 Ideenskizzen für neue Versorgungsformen von Universitäten, Forschungsinstituten, Krankenhäusern und Krankenkassen erhalten. Im nächsten Schritt werden nun Projektideen ausgewählt, die zu einem vollständig ausgearbeiteten Konzept in Form eines Vollantrages ausgebaut werden können. Die Entscheidungen darüber fallen voraussichtlich im vierten Quartal 2021. Der Innovationsfonds unterstützt Vollanträge für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten mit einem Förderbetrag bis maximal 75.000 Euro. Zur Versorgungsforschung hat der Innovationsausschuss drei neue Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Anträge zur themenspezifischen und themenoffenen Versorgungsforschung können bis zum 5. Oktober 2021 eingereicht werden. Die Frist für Anträge zur Entwicklung oder Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien endet am 7. September 2021.

WEITERE BESCHLÜSSE UND INFORMATIONEN
ZUR ARBEIT DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/955/>





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die gesundheitspolitische Agenda lichtet sich. Das „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ hat inzwischen auch den Bundesrat passiert. Das relativ unumstrittene „Gesetz zur Zusammenführung der Krebsregisterdaten“ wurde vom Bundestag verabschiedet und steht am letzten Tag vor der parlamentarischen Sommerpause auf der Tagesordnung des Bundesrates. Das thematisch sehr diverse und insbesondere wegen der zum Schluss noch über Änderungsanträge verabschiedeten Pflegereform hochumstrittene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ hat der Bundestag ebenfalls verabschiedet. Der mittlerweile fast 18 Monate alte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung hingegen wird wohl mit dem Ende der Legislaturperiode auch offiziell geräuschlos von der Tagesordnung verschwinden. Diese und ältere Gesetze (Stand: 24. Juni 2021) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Das Gesetz ist inklusive einer Reform der Sozialen Pflegeversicherung vom Bundestag mit der Mehrheit der Koalitionsfraktionen von Union und SPD in zweiter und dritter Lesung am 11. Juni verabschiedet worden. Dabei geht es unter anderem um die schrittweise Deckelung der Eigenanteile für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen um bis zu 75 Prozent sowie eine Regelung, wonach künftig nur noch Einrichtungen Geld aus der Pflegeversicherung erhalten, die Tarifverträge geschlossen haben. Ein weitere Regelung, die erst im Laufe des parlamentarischen Verfahrens Eingang in das GVWG gefunden hat, sieht vor, den Steuerzuschuss des Bundes in den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2022 um sieben Milliarden Euro zu erhöhen. Dieser kann bei Bedarf in Abstimmung zwischen Finanz- und Gesundheitsministerium mit anschließender Genehmigung durch den Bundestag bis Ende dieses Jahres im Wege der Verordnung noch einmal an den Finanzbedarf der GKV angepasst werden.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte das GVWG am 26. Februar in den Bundestag eingebracht. Nach der Verabschiedung des Kabinettsentwurfs am 16. Dezember 2020, hatte der Bundesrat den Gesetzentwurf erstmals am 12. Februar beraten. Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums stammt von Oktober vergangenen Jahres.

Das GVWG regelt als Sammelgesetz in erster Linie zahlreiche Vorhaben, die durch die Corona-Krise liegen geblieben sind. Das Gesetz umfasst Änderungen an insgesamt 15 Gesetzen und Verordnungen und formuliert ursprünglich fünf Hauptziele. Qualität und Transparenz in der Versorgung sollen gesteigert werden. Dazu sollen dem Gesundheitswesen die notwendigen Daten zu ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen „aktuell, dauerhaft und verlässlich“ zur Verfügung stehen. Erweiterte Leistungsansprüche und -angebote sollen die Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte verbessern. Für privat Krankenver-



sicherte sieht der Entwurf eine Reform des Notlagentarifs vor. Schließlich will das BMG die Hospiz- und Palliativversorgung in Netzwerken finanziell fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit stärken.

In der Krankenhausversorgung werden für mehr Bereiche als bisher Mindestmengen festgelegt. Die Qualitätsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kliniken werden verbindlicher geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt künftig neue Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge fest und macht genauere Vorgaben für deren spätere Auswertung. Zudem müssen Krankenhäuser für jeden Standort das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand veröffentlichen. So soll deutlich werden, ob ein Krankenhaus ausreichend oder zu wenig Personal einsetzt.

Ebenfalls wird es ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) für krankhaft Übergewichtige geben. Der GBA erhält außerdem den Auftrag, weitere planbare Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren zu benennen. Zudem sieht das Gesetz versicherungsrechtliche Regelungen vor, wie etwa die Einführung eines elektronischen Abrufverfahrens für die Beitragsbemessung bei gesetzlich Versicherten. Bei der Beitragsbemessung für freiwillig gesetzlich Versicherte wird künftig bei der Anrechnung des Ehegatteneinkommens ein Freibetrag für unterhaltsberechtigten nicht gemeinsame Kinder berücksichtigt. Das GVVG tritt in weiten Teilen noch vor der Bundestagswahl in Kraft.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/30550



Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Der Bundestag hat das Gesetz am 20. Mai in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Am 25. Juni will der Bundesrat abschließend beraten. Am 26. März war das Gesetz das erste Mal Thema im Bundesrat. Das Bundeskabinett hatte seinen Entwurf am 10. Februar beschlossen.

Ziel des Gesetzes ist es, die Krebsregisterdaten der Bundesländer länderübergreifend insbesondere für überregionale Forschungsprojekte besser nutzbar zu machen. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRG). In einer ersten Stufe sollen sogenannte „Best-of“-Datensätze am Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI) zusammengeführt werden. Diese anonymisierten Datensätze sollen Dritten auf Antrag für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden, wobei der Beirat des ZfKD jeweils entscheiden soll. So soll ein genauerer Überblick über das Versorgungsgeschehen, die Krankheitslast in der Bevölkerung und den Versorgungsbedarf sichergestellt werden. Die verbesserten Nutzungsmöglichkeiten der Krebsregisterdaten leisteten einen Beitrag zur Optimierung und Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung, so die Begründung des Bundesgesundheitsministeriums.

Der Gesetzentwurf schafft darüber hinaus Grundlagen dafür, dass in einer zweiten Stufe zusätzliche, in der ersten Stufe nicht verfügbare Daten für Forschung und Versorgung genutzt werden können. Im Mittelpunkt stehen demnach patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungen. Ziel der zweiten Stufe ist es, anlassbezogen klinische Krebsregisterdaten auch registerübergreifend in Form eines kooperativen Datenverbunds mit dem ZfKD und klinisch-wissenschaftlich tätigen Akteuren aus Versorgung und Forschung zusammen-



zuführen. Das ZfKD, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe würden im Zuge des Gesetzes den Auftrag erhalten, ein Konzept für eine solche Plattform zu entwickeln, die die bundesweite anlassbezogene Zusammenführung der Daten und Analyse der Krebsregisterdaten aus den Ländern sowie die Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten erstens ermöglicht, zweitens fachlich begleitet und drittens die Expertise für die klinisch-wissenschaftliche Auswertung der Krebsregisterdaten bereitstellt.

GESETZENTWURF:

dipbt.bundestag.de

> Dokumente > Drucksache 19/28185





Kurzmeldungen

AOK setzt verstärkt auf Klimaschutz

08.06.21(ams). Die AOK baut ihr Engagement für den Klimaschutz aus. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch kündigte anlässlich des aktuellen Versorgungs-Reports als ersten Schritt ein Maßnahmen-Paket für die kommenden drei Jahre an. Es reicht von der Umstellung der Stromversorgung über das Mobilitätsmanagement bis zur Schaffung höherer Sensibilität für ein klimafreundliches Verhalten in der Belegschaft. In dem Report hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels eingehender beleuchtet. Klimaschutz sei eine gesamtgesellschaftliche komplexe und weitreichende Aufgabe, die nicht in ein paar Jahren abgearbeitet ist, sagte Litsch. Es handele sich vielmehr um ein kontinuierliches Engagement, das in das Selbstverständnis der AOK übergehen soll.

[WEITERE INFORMATIONEN, AUCH ZUM WIDO-REPORT:](#)

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Long-Covid-Behandlung: AOK setzt auf bewährte Netzwerke

07.06.21 (ams). Die AOK lehnt den Aufbau neuer Einrichtungen zur Behandlung von Spätfolgen einer Corona-Infektion ab, wie ihn FDP und Linke vorgeschlagen haben. Der Aufbau neuer Einrichtungen und diese Suche qualifizierten Personals benötige zu viel Zeit, heißt es in einer Stellungnahme den jeweils eigenständigen Anträgen für den Gesundheitsausschuss. Mediziner rechnen mit bis zu einer halben Million Betroffenen noch bis Ende 2021. Stattdessen schlägt der AOK-Bundesverband vor, die Forschung zu und Behandlung von Long-Covid in einem Netzwerk von bis zu 20 Universitätskliniken zu bündeln. Die besondere und ernstzunehmende Problematik erfordere eine strukturierte Kombination von Forschungs- und Versorgungsstrukturen, so die Begründung.

[DIE AUSFÜHRLICHE STELLUNGNAHME](#)

www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen



„Familiencoach Krebs“: AOK baut Online-Unterstützung aus

01.06.21 (ams). Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts erkrankten aktuell mehr als 500.000 Menschen in Deutschland pro Jahr an Krebs. Der „Familiencoach Krebs“ unterstützt Familienmitglieder und Freunde im Umgang mit der schweren Erkrankung. Studien weisen darauf hin, dass bis zu 40 Prozent der Angehörigen Symptome von Depressionen und Angst entwickeln. Das Programm wurde in Zusammenarbeit mit Expertinnen des Universitätsklinikums Leipzig und des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums entwickelt.

[DAS ONLINE-ANGEBOT IM EINZELNEN:](#)

www.aok.de/familiencoach-krebs





Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

www.aok-bv.de/presse/medienservice

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
